Al Dirigente Scolastico

Dott.ssa Emilia Ciampanella

Il sottoscritto .......................................................................... nata/o a………………………………………(…), il ………./…….../………., residente a………………………………………… (….. ), in via ………………………………………………….… e il sottoscritto…………………..…………………………………………, nata/o a …………………………………………….……(…) il ……… /…….…/………, residente a …………………………………………..…………………………(..……), in via …………………………………………………. genitori/tutori di (Nome e Cognome) ……………………………………………………………………………….. nato/a a ……………………………………………………(……..) il ……………………………………………………,iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Istituto. con la presente revocano il consenso al trattamento dei dati personali dell’alunno rilasciato a codesto Istituto, con riferimento:

Il ritiro del consenso non pregiudica la liceità delle attività di trattamento finora eseguite.

Lucca, \_\_\_\_\_\_\_\_

Firma entrambi i genitori/tutori\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_